

# BODIES IN MOTION PHYSICAL THERAPY

## CUESTIONARIO DE HISTORIA CLINICA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Requisitos físicos del trabajo: \_\_\_\_\_

### Problema actual:

- Cuando comenzo su dolor? (o fecha de cirugía) \_\_\_\_\_
- Enumere tres cosas que tiene dificultad en hacer: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Circule el número que representa el **peor** nivel de dolor que ha experimentado durante la semana pasada:

Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El Peor Dolor Imaginable
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Circule el número que representa el nivel **actual** de dolor:

Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El Peor Dolor Imaginable
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Circule el número que representa el dolor **menos** que ha experimentado durante la última semana:

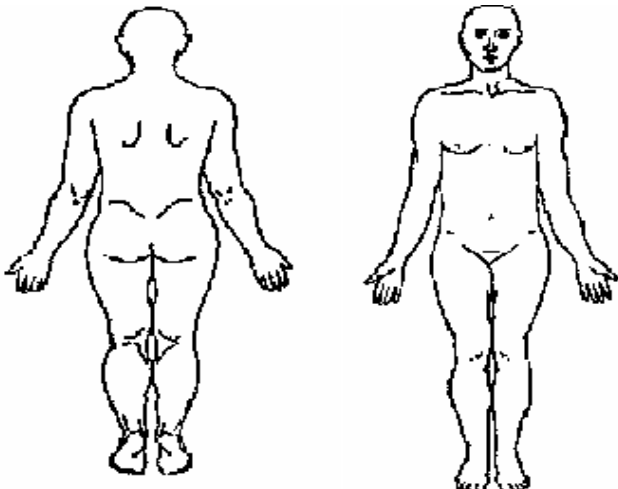
Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El Peor Dolor Imaginable
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

### **Circule las cosas que empeoran su dolor:**

Estar sentado	Estar de pie	Caminando	Subiendo escaleras	Bajando escaleras
Sentado a de pie	Agacharse	Usando el baño	Estar acostado	Toser/Estornudar

Que haces para sentir menos dolor? \_\_\_\_\_

Por favor marque en los dibujos donde siente su dolor:



Tiene antecedentes de estos síntomas? **SI / NO**

Si sí, cuándo? \_\_\_\_\_

Qué tratamientos ha recibido por este problema hasta ahora?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

# BODIES IN MOTION PHYSICAL THERAPY

## CUESTIONARIO DE HISTORIA CLINICA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Cualquier historia de caídas? **SI / NO**

Si si, cuando? \_\_\_\_\_

**Historia Medica Pasada:** (marque todo lo que corresponda)

Alzheimer's	Diabetes	Enfermedad de Huntington's	Osteoartritis
Enfermedad Cardiovascular	Fibromialgia	Inmunosupresión	Parkinson's
Cambios en el intestino o la vejiga	Fractura	Lupus	Artritis Reumatoide
Trazo	Alta Presion Sanguinea	Distrofia Muscular	Lesión Cerebral Traumática
Infección Actual	Historia de Cáncer	Obesidad	Hepatitis

Le han hecho una radiografía o un estudio de imagen para este problema? **SI / NO**

Enumere cualquier otra lesión, cirugía, enfermedad o condición médica previa o actual (incluyendo episodios anteriores de dolor de espalda, dolor de rodilla, etc.), incluyendo los plazos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales:** Por favo incluya medicamentos de venta libre, así como medicamentos recetados

MEDICACIÓN	DOSIS

**Actualmente estoy experimentando:** (marque todo lo que corresponda)

Fiebre/Resfriado/Sudor	Mal balance (caídas)	Pérdida de peso inexplicable	Entumecimiento o hormigueo
Cambio de apetito	Dificultad para tragar	Depresión	Dificultad para respirar
Mareo	Dolores de Cabeza	Cambios en el intestino o la vejiga	Nauseas/Vómitos
Aumento del dolor por la noche	Dolor <b>QUE NO</b> cambia con la actividad	Dolor <b>QUE NO</b> cambia con el posicionamiento	OTRO:

Eres fumador? **SI / NO**

Hace ejercicio regularmente? **SI / NO**

Si si, qué haces? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_